

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

487

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juillet 1899, à 1 heure

Par L. SIMON

Né à Saint-Nazaire-sur-Loire (Loire-Inférieure) le 24 février 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DÈS

ANÉVRYSMES FESSIERS

DE LEUR TRAITEMENT

PAR LA LIGATURE DE L'HYPOGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : { MM. GABRIEL, professeur.
ALBARRAN et CHARRIN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

487
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 juillet 1899, à 1 heure

Par L. SIMON

Né à Saint-Nazaire-sur-Loire (Loire-Inférieure) le 24 février 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANÉVRYSMES FESSIERS

DE LEUR TRAITEMENT

PAR LA LIGATURE DE L'HYPGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : { MM. GABRIEL, professeur.
ALBARRAN et CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARBIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées soient être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien des hôpitaux.

Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ANÉVRYSMES FESSIERS
DE LEUR TRAITEMENT

Par la ligature de l'Hypogastrique

AVANT-PROPOS

Nous croyons que la liste toujours trop longue des anciens traitements usités dans la thérapeutique des anévrysmes fessiers s'arrête à la publication de Montaz. Ce chirurgien injecta du perchlorure de fer dans un sac anévrysmal de l'ischiatique : le malade guérit ; mais son pied se gangréna et fut perdu.

La ligature par la méthode d'Anel, discutable pour les anévrysmes des membres, pis-aller de nécessité dans les anévrysmes du cou, est presque toujours inapplicable à la fesse, à cause de la brièveté des segments artériels.

Quand cette ligature est possible, c'est que l'anévrysme est petit. Alors on peut faire mieux.

L'ablation du sac est la méthode de choix, et cela, au

premier abord, plus à la fesse que partout ailleurs, qu'au creux poplité par exemple. En ce dernier point, on peut être amené à réséquer de gros segments artériels et à priver de sang la jambe ou le pied.

A la fesse, au contraire, rien de pareil. On ne peut être conduit à enlever que quelques branches collatérales ou terminales faciles à suppléer. Si donc l'ablation du sac est la méthode de choix au creux poplité, à la fesse elle doit l'être *à fortiori*.

Malheureusement, cette ablation est souvent impossible : on est quelquefois obligé d'y renoncer, et d'y substituer au cours de l'opération, l'incision du sac avec évacuation des caillots, bonne méthode sans doute, mais inférieure à la première. Cette dernière méthode elle-même est dangereuse quand il s'agit d'anévrysmes volumineux. Elle est désastreuse encore dans d'autres conditions.

Ces méthodes rationnelles ont donc leurs contre-indications. Nous les analyserons plus tard. Ce sont ces contre-indications qui, selon nous, étendent le champ d'application de la ligature de l'artère hypogastrique.

Comme toute méthode à ses débuts, elle a eu des succès encourageants.

Stevens en 1812, pratiquait cette opération. Au bout de 6 semaines, l'anévrysme avait disparu. Dix ans après, la malade mourait et l'autopsie montrait que la tumeur, siégeant sur l'ischiatique gauche était guérie, anatomiquement. En 1817, Atkinson faisait la deuxième opération, mais son malade mourait. Depuis, les opérations faites à de longs intervalles ont été tantôt suivies de revers, tantôt couronnées de succès, et cela d'une façon à peu

près égale. A tel point qu'en 1880, Dorveaux (de Nancy) dans sa thèse inaugurale établissait que la ligature de l'hypogastrique donnait 50 0/0 d'insuccès.

Nous laissons de côté, dans cet historique, les noms des auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Landi, Delbet, par exemple, etc. On retrouvera ces noms avec plus de profit au cours de ce travail, quand nous exposerons les idées de ces auteurs. Mais nous tenons déjà à faire remarquer, qu'au moment même où, en France, la ligature de l'hypogastrique paraissait condamnée, à l'étranger au contraire, les succès de cette opération devenaient plus nombreux, et que depuis, ces bons résultats ont persisté.

La mortalité si élevée avant l'ère antiseptique, baissait avec chaque opération nouvelle, pratiquée depuis cette période, si bien qu'à l'heure actuelle, ainsi que l'ont montré Baudet et Kendirdjy, cette ligature a su trouver de nombreuses applications.

Elle n'est pas seulement bénigne (1) elle est facile. Cette facilité, du reste, a été grandement accrue grâce à la sécurité que donnent aujourd'hui les laparotomies transpéritonéales. C'est par cette voie, en effet, que Le Roy Mac Lean en 1872, pratiqua pour la première fois la ligature de l'hypogastrique ; aussi, quoiqu'on ait fait encore quelques ligatures par voie sous-péritonéale, cette dernière méthode tend à tomber en désuétude.

Il y a quelques années encore, une thèse sur la ligature de l'artère hypogastrique eut paru une énormité. Les

1. Nous ne voulons pas dire par là, qu'elle n'offre aucun danger. Ne doit la pratiquer qu'un chirurgien propre et exercé.

cas étaient si peu nombreux et si peu encourageants !

Mais avec le succès, la ligature artérielle a étendu ses indications.

Bier et Meyer, ont lié cette artère dans 6 cas d'hyperthrophie prostatique. Kelly et Pryor, dans les cancers de l'utérus soit comme méthode atrophiante, soit comme temps prémonitoire de l'hystérectomie abdominale.

Giordano et Quénu la recommandent dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum. Trotin (1) a fait paraître une thèse récente sur la ligature de l'hypogastrique, considérée comme méthode atrophiante.

Si donc, la ligature de l'artère hypogastrique retourne à la chirurgie opératoire, si elle est définitivement acceptée, pourquoi ne pas l'appliquer dans le traitement des anévrysmes fessiers ?

Nous ne croyons pas sans doute faire œuvre originale, en rassemblant les cas où cette ligature a été exécutée pour des tumeurs pulsatiles de la fesse. Mais si par l'analyse des faits publiées jusqu'ici nous arrivons à montrer que cette ligature est peu dangereuse et efficace, qu'elle est même, dans la plupart des cas, la méthode de choix, nous croyons que nous aurons fait œuvre utile.

1° Dans la première partie de notre travail, nous donnerons un exposé des anévrysmes fessiers.

2° Dans la deuxième partie, nous énumérerons les différentes méthodes de traitement,

1, Trotin. Thèse Paris. 1899.

3° Dans la troisième, nous établirons les avantages et les inconvénients de la ligature de l'hypogastrique et nous terminerons en exposant les indications opératoires qui commandent cette ligature.

ÉTIOLOGIE

Sexe. — L'anévrysme fessier est une affection plus fréquente chez l'homme, plus exposé aux traumatismes que la femme et cela dans la proportion de 31 sur 7 d'après Farabeuf. D'après nos observations, sur 24 cas où le sexe a été indiqué nous trouvons une proportion de 24/4.

Age. — Ces anévrysmes, plus fréquents dans l'âge adulte, existent à titre de rareté dans le jeune âge. Le malade de Gallozzi avait 16 ans; celui de Bardenheuer avait 12 ans.

Ce qu'il y a d'important, de capital dans l'étiologie, c'est que les anévrysmes fessiers sont dans la grande majorité des cas, des anévrysmes traumatiques.

Ce traumatisme agit de plusieurs façons.

Tantôt il s'agit d'une plaie de la fesse ayant intéressé les vaisseaux de la région, il se fait un brusque épanchement sanguin pulsatile, et l'anévrysme diffus est constitué; c'est ce qui arrive le plus souvent ou bien, la piqûre artérielle passe d'abord inaperçue et ne révèle que tardivement son existence par l'apparition d'un anévrysme circonscrit.

Tantôt au contraire, il ne s'agit que d'une contusion

profonde de la région avec ou sans fracture du bassin, mais sans plaie extérieure. La paroi artérielle est écrasée sur l'os ou bien, en cas de fracture, érodée ou déchirée par un fragment osseux.

Tantôt enfin, une simple contraction musculaire ou effort violent, au dire de Farabeuf, aurait suffi dans quelques cas à produire l'anévrysme. Il est probable qu'il s'agit alors d'anévrysmes spontanés révélés à ce moment-là ; ou bien d'un vaisseau athéromateux qui ne demandait qu'à se rompre, et que le traumatisme le plus léger a ouvert.

Les deux facteurs étiologiques les plus importants, les plus fréquents sont : 1° la plaie de la région fessière ; 2° les chutes sur le siège.

Ces deux variétés de traumatisme intéressent des vaisseaux différents.

Quand il y a plaie, neuf fois sur douze, l'anévrysme siège sur la fessière. Quand il y a chute sur le siège quatre fois sur cinq, il s'agit de l'ischiatique. Qu'on nous permette de développer un peu les raisons anatomiques qui expliquent ces différences.

L'ischiatique encaissée entre les 2 saillies de l'ischion et du trochanter est soustraite à l'action du traumatisme par l'épaisse couche musculaire, qui passe comme un pont au-dessus d'elle ; de plus, reposant sur un coussin musculaire, il lui est facile de fuir devant l'agent vulnérant qui aurait pu pénétrer profondément.

L'artère fessière, au contraire, est bien revêtue par une épaisse couche musculaire, mais elle repose directement sur l'os. De plus, elle est contenue dans un canal

ostéo-fibreux, qui ne lui permet pas de fuir devant le corps vulnérant.

Quand il y a chute sur le siège, les conditions anatomiques deviennent défavorables pour l'ischiatique. Tandis que la fessière s'abrite sous le rebord supérieur de l'échancrure sciatique, l'ischiatique, prise obliquement par le corps contondant s'écrase principalement sur l'ischion de la même façon que l'urèthre se rompt contre la branche ischio-pubienne dans les chutes sur le périnée.

Il ne s'ensuit pas, cependant, de ces vues théoriques, que les plaies extérieures ne puissent pas atteindre l'ischiatique ni qu'une contusion profonde ne puisse pas écraser la fessière.

C'est seulement une question de proportion, témoin les chiffres suivants :

Sur douze anévrysmes suites de plaies, nous trouvons :

9 fessiers.

2 douteux.

1 ischiatique.

Au contraire, sur huit anévrysmes par contusion, nous trouvons :

1 fessier.

3 douteux.

4 ischia tiques,

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Il est hors de doute que l'artère fessière est la plus souvent lésée. Farabeuf donne la proportion suivante :

Artère fessière.	21 cas
— Ischiatique.	9 cas
— Inconnus	7 cas

Volume. — Le volume de l'anévrysme est très variable, pouvant atteindre les dimensions d'un œuf, d'une mandarine, d'une tête de fœtus. Dans un cas de Bell, nous voyons la tumeur décoller les téguments de la fesse, descendre d'une part jusqu'au milieu de la cuisse, et d'autre part, s'élever jusqu'au niveau de la paroi thoracique.

Poche. — L'orifice de communication est souvent petit ; il offre en général quelques millimètres de diamètre. Dans quelques cas rares, il permettait l'introduction du doigt.

D'après Farabeuf, il se trouve tout près du point où l'artère se divise en tranches terminales. Nous ferons remarquer que sur la fessière, il ne pourrait en être

autrement, étant donnée la brièveté de sa portion extrapelvienne.

La poche est arrondie et globuleuse, avec quelques bosselures. Elle offre des sacs secondaires. Ces sacs se forment de plusieurs façons :

1° Tantôt il existe un double anévrysme intra et extrapelvien, avec canal intermédiaire rétréci au niveau du conduit ostéo-fibreux inextensible de l'échancrure sciatique. Il en était ainsi, dans les cas de Bigelow et de Nélaton.

2° Tantôt, le sac secondaire se forme aux dépens des parties périphériques de la poche, comme dans les anévrysmes ordinaires.

L'ondée sanguine dilate des tissus peu élastiques qui cèdent à la longue.

Mais, à notre avis, c'est moins par distension que par rupture que les anévrysmes s'accroissent. Cet accident du reste est fréquent dans leur évolution.

Si l'on dépouille les observations on voit que les ruptures légères ou graves sont signalées à plusieurs reprises. C'est ce qui nous explique encore les accroissements subits de ces tumeurs. Nous reviendrons sur cet accident.

Un dernier point, sur lequel nous voulons encore insister, c'est le mécanisme de la formation du sac. Il ne faut pas oublier en effet que l'anévrysme fessier est le plus souvent un anévrysme par rupture artérielle. C'est l'ancien anévrysme faux primitif, dans lequel la paroi du sac n'est pas constituée par la dilatation de l'artère malade, mais par le tassement des tissus voisins refoulés par l'extravasation sanguine. Ces tissus eux-mêmes, inébranlables au

niveau des os, résistants parce que élastiques au niveau des muscles, cèdent plus facilement au niveau du tissu conjonctif et des aponévroses de la région. C'est ce qui nous explique les accroissements fréquents et les ruptures de ces tumeurs.

SYMPTOMES

Début. — Avant même que la tumeur se dessine à l'extérieur, le malade éprouve des fourmillements, des sensations d'engourdissement dans la fesse et dans la cuisse, Quelquefois même des phénomènes de parésie.

D'autres fois l'anévrysme apparaît brusquement, et quelques jours, quelques heures après une plaie de la fesse, on voit se dérouler les signes de l'anévrysme diffus.

Habituellement la tumeur met quelque temps à se constituer. Elle est assez silencieuse dans ses débuts et lorsque le malade s'en préoccupe, elle a déjà un certain volume.

Rappelons brièvement ses caractères physiques et son évolution clinique.

C'est une tumeur pulsatile avec expansion. Elle souffle, et le souffle se propage très loin, le long de la cuisse et de l'abdomen. C'est une tumeur toujours résistante, non fluctuante.

Dans certain cas, lorsqu'elle est volumineuse il est absolument impossible d'obtenir la moindre réductibilité. D'autres fois, la pulsation même est à peine perceptible ; il n'y a ni expansion ni souffle. Cela arrive surtout, lors-

que l'anévrysme est plein de caillots ou que ses parois commencent à se calcifier.

Il ne faut donc pas s'attendre en clinique à trouver toujours les symptômes caractéristiques de l'anévrysme ordinaire.

L'affection abandonnée à elle-même a une durée généralement longue, plus longue que dans les anévrysmes artériels des autres régions. En général, les contusions, les efforts, les marches forcées précipitent le développement des anévrysmes fessiers en provoquant des ruptures ou tout au moins des éraillures du sac avec agrandissement subit de la cavité.

Farabeuf cite, à titre de curiosité, un cas qui a duré 28 ans. Il cite également quelques observations où la maladie abandonnée à elle-même se termina par la guérison.

La disposition des plans, osseux en avant, musculaires en arrière, explique les difficultés que la poche rencontre dans son développement.

Quelques complications graves entravent l'évolution de l'anévrysme. Ce sont l'inflammation et la rupture.

COMPLICATIONS.

1° *Inflammation.* — L'inflammation modérée se traduit par des douleurs vives ; un empâtement plus ou moins circonscrit. Les téguments deviennent rouges, durs, œdémateux. Les plans superficiels s'immobilisent. Tous les signes du phlegmon apparaissent, et masquent ceux

l'anévrisme. Certains chirurgiens mêmes s'y sont trompés.

Dans un état plus avancé, l'anévrisme s'abcède et s'ouvre à l'extérieur. Il se fait une irruption de pus, mêlé à des caillots fibrineux.

Quelquefois enfin, le tableau clinique est plus effrayant encore. C'est celui d'un abcès gangréneux avec production de gaz fétides, et un état général grave.

2° *Rupture*. — Une deuxième variété d'accidents graves, c'est la rupture de l'anévrisme.

Cette rupture peut être brusque.

Elle se marque par un accroissement rapide et considérable de la tuméfaction.

Les téguments sont décollés au loin. Les douleurs sont très vives.

Quelquefois les ruptures sont légères mais répétées. On voit à chaque fois, la tumeur augmenter de volume subitement ; les douleurs s'accroître. Cet accident peut se renouveler fréquemment.

La rupture peut être totale. C'est dans ces cas surtout que l'inflammation précède la rupture. Les téguments cèdent et s'ouvrent avant la distension sanguine. Il se produit alors une hémorrhagie externe foudroyante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'anévrisme fessier est facile, et dans la majorité des cas, il a été fait.

Cependant, certaines erreurs ont été commises. Il est utile de les rappeler.

1° Dans une première catégorie de cas, l'anévrisme a été méconnu. Il s'agissait alors de petites tumeurs peu saillantes, avec irradiations douloureuses très-intenses. La palpation fessière était restée négative.

C'est dans ces cas-là, que l'exploration méthodique de la fesse s'impose. Il faut faire étendre le malade sur le ventre, ou le placer dans le décubitus latéral, les cuisses et le tronc légèrement pliés sur le bassin, et palper attentivement les plans profonds de la région.

2° On a confondu les anévrysmes avec des phlegmons.

L'erreur s'explique par les complications inflammatoires qui surviennent dans quelques cas. C'est une erreur grave, puisqu'elle a conduit certains chirurgiens, White et Toracchi en particulier à pratiquer la ponction ou l'incision. Ajoutons que les malades ne succombèrent pas des suites immédiates de cette méprise, et qu'on put arrêter l'hémorrhagie jusqu'au moment où on lia l'hypogastrique. Disons en passant que dans le cas de Toracchi, la perte

de sang qui suivit l'incision amena une résolution complète de la douleur.

Une règle clinique s'impose donc. En présence de toute tuméfaction inflammatoire profonde de la fesse, il faut rechercher par une palpation soigneuse si cette tuméfaction n'est pas animée de battements ; en un mot, il faut penser à la possibilité d'un anévrysme.

3°) Une erreur moins grave consisterait à prendre un anévrysme fessier pour un sarcôme télangiectasique de la fesse, ou inversement.

Liston, Billroth, Nélaton, Michon, Richet ont su éviter cette erreur. Par contre, Guthrie et Wutzer ont lié, le premier l'iliaque primitive, le second l'hypogastrique, croyant avoir affaire à un anévrysme fessier, alors qu'il ne s'agissait que d'une tumeur hématoïde.

La tumeur hématoïde a une évolution rapide ; elle évolue en dehors de tout traumatisme antérieur. Elle est irréductible. Elle présente des masses dures et molles. Sa base est large, indurée et fait corps avec l'os.

Diagnostic du siège.— Il est très difficile de préciser le siège de l'anévrysme, et de pouvoir dire si la lésion siège sur la fessière ou l'ischiatique.

Quand l'anévrysme est petit et qu'il ne dépasse pas le volume d'une mandarine, le diagnostic est possible. Voici les deux règles, que nous proposons, et dont la priorité revient à Sappey :

1°) Mener une ligne qui réunit l'épine iliaque postérieure et supérieure au sommet du grand trochanter. Si la tumeur siège au-dessus de cette ligne, il y a des chances pour que ce soit un anévrysme fessier. Si elle siège

au voisinage de la tubérosité ischiatique, c'est-à-dire au-dessous de la ligne précitée, il s'agira d'un anévrysme ischiatique.

2°) Rechercher si la tumeur jouit d'une mobilité transversale, au dessus des plans profonds. L'anévrysme ischiatique moins bridé est mobilisable latéralement ; l'anévrysme fessier ne l'est pas.

Enfin, le diagnostic pour être complet demande encore quelques recherches.

Il faudra s'assurer qu'il n'existe pas.

A). — Un anévrysme double des artères ischiatique et fessière du même côté, comme dans le cas de *Toracchi*.

B). — Un anévrysme fessier bilatéral, comme dans le cas de *Dennis*.

C). — Une tumeur anévrysmale biloculaire, à la fois extra et intra-pelvienne, comme dans le cas de *Bigelow*. Le toucher rectal chez l'homme : rectal et vaginal chez la femme est absolument de rigueur. Seul, il pourra démontrer avec quelque certitude l'existence d'un prolongement intrapelvien.

Nous verrons que cette donnée a une importance capitale au point de vue de l'intervention.

Enfin, il faudra se demander si l'anévrysme n'est pas artério-veineux :

Cet anévrysme du reste est rare. *Farabeuf* et *Delbet* n'en citent qu'une seule observation.

Nous en avons trouvé une deuxième, due à *Dennis*. Ces variétés diagnostiquées pendant la vie, grâce à l'existence du double souffle et du thrill.

TRAITEMENT

Le but de notre thèse étant de montrer les avantages de la ligature de l'hypogastrique et de préciser autant que possible ses indications, nous ne nous attarderons pas à exposer d'une façon complète et méticuleuse les divers traitements déjà employés. Ils sont décrits à peu près complètement dans les livres classiques. Nous les énumérerons successivement en montrant leurs succès et leurs revers.

Aussi bien quelques-uns étant tombés en désuétude, nous aurions mauvaise grâce à leur donner le coup final. Nous nous appesantirons surtout sur les traitements modernes. C'est dire en somme, que nous serons bref sur

1° Les méthodes de compression ; 2° la galvano-puncture ; 3° les injections coagulantes, traitements anciens.

Bref aussi sur : 4° la ligature par la méthode de Hunter et 5° la ligature de l'iliaque primitive.

Nous n'insisterons donc que sur les méthodes par ablation ou incision du sac et sur la ligature de l'artère hypogastrique.

Compression directe et indirecte. — Les diverses méthodes de compression sont rejetées par Delbet : « La « compression indirecte est à peu près inapplicable, puis-
« qu'il faudrait agir ou sur l'aorte ou sur l'iliaque primi-

« tive. Le levier de Davy qui permet de comprimer cette
« dernière n'est pas sans inconvénient. Il peut amener,
« comme le dit Barwell, l'inflammation de la veine ilia-
« que. Quant à la compression directe, c'est toujours une
« mauvaise méthode, et elle est de plus rendue impossi-
« ble par les douleurs qu'elle détermine du côté du scia-
« tique. »

Galvano-puncture. — La galvano-puncture n'a été essayée qu'une fois et encore le malade est mort du choléra avant la fin de son traitement.

« Homme de 50 ans, qui, étant à cheval, se rompit l'ischiatique gauche sur une saillie de sa selle. La rupture fut insignifiante. Mais au bout d'un an, il fut pris de névralgie sciatique, et présenta une tumeur grosse comme un œuf de poule. Galvano-puncture pendant quelques séances. Mort du choléra. »

Blasius, *Deutsche Klinik*, 1859.

Injectons coagulantes. — Elles ont été employées dans 7 cas. La méthode consiste à faire, une, deux ou trois injections, de perchlorure de fer en pratiquant en même temps la compression indirecte au-dessus de l'anévrysme.

Pour mieux se rendre compte de la technique à suivre nous rapportons ici le cas de Servier.

Anévrysme diffus de la fessière droite. Servier, *Gaz. hebdomadaire*, 1868.

« A la suite d'un faux pas, un soldat se raidit pour ne
« pas tomber; il sent une vive douleur dans la fesse et la
« cuisse. Il tombe à terre. Quand on l'examine, on cons-
« tate les signes d'un anévrysme diffus rétro-pelvien.

« On le traite d'abord par la compression de l'aorte,
« que l'on pratique 57 fois en deux mois. Mais la maladie
« s'aggrave. Trois injections de perchlorure de fer de 40
« gouttes sont faites à cinq ou dix minutes d'intervalle
« pendant que l'aorte est bien comprimée. Des ruptures
« ont lieu, la peau se gangrène ; une abondante hémor-
« rhagie extérieure met fin à la vie.

Ce n'est pas le seul cas de mort.

Bruns de Tubingen eut à la suite d'injection de perchlorure une hémorrhagie et de la gangrène. Son malade mourut.

Plus récemment Montaz obtint la guérison d'un anévrysme de l'ischiatique par la même méthode ; mais son malade eut de la gangrène du pied.

A côté de ces cas malheureux, il serait injuste de ne pas citer les cas heureux.

Baum traita un cas d'anévrysme cirsoïde des artères fessier et ischiatique, qui grossissait à chaque grossesse, par les injections de perchlorure de fer, et obtint une guérison qui se maintenait après 8 mois.

Nélaton guérit également un anévrysme bilobé, extra et intra-pelvien, par deux injections de perchlorure de fer à 9 jours d'intervalle. A chaque séance, on pratiquait la compression de l'aorte.

Nélaton, dans un deuxième cas d'anévrysme ischiatique, fit la ligature de cette artère. Mais l'anévrysme un moment suspendu, récidiva.

Quatorze ans après, il guérissait ce malade par une injection de perchlorure de fer.

Baum obtint le même succès dans un cas d'anévrysme

fessier gauche. La guérison se maintenait encore au bout de 3 ans.

Donc sur 7 cas, la méthode des injections coagulantes a donné 5 guérisons et deux morts. Ces deux morts uniquement imputables à la méthode contrebalancent singulièrement le succès. Elles montrent que, si cette méthode est réellement efficace, elle est très dangereuse. Mieux vaut donc la rejeter. Et si nous insistons, c'est que Dorevaux la préconise dans sa thèse en 1880. Du reste, nous ne saurions mieux juger cette méthode qu'en reproduisant les paroles de M. Delbet.

« Nous considérons la méthode des injections coagulantes comme tout à fait contre-indiquée pour les anévrysmes de la fesse, en raison de l'impossibilité absolue où l'on se trouve d'isoler le sac de la circulation, c'est-à-dire de se mettre à l'abri de la diffusion de l'injection et de la migration des caillots. »

Les méthodes vraiment chirurgicales comprennent :

- 1° La ligature de l'artère par la méthode d'Anel ;
- 2° La ligature de l'iliaque primitive ;
- 3° La ligature de l'hypogastrique ;
- 4° L'incision du sac et la ligature de l'artère.

1° *Ligature par la méthode d'Anel.* -- Nous n'en connaissons que trois observations.

Un seul malade a guéri.

« Anévrysme circonscrit de la fessière produit par une pointe de fer rouge. Hémorrhagies abondantes. Il se forme un anévrysme gros comme un œuf de poule.

« Ligature de la fessière au-dessus de la tumeur. Guéri-
« son ».

Campbell. *The Lancet*, 1862.

Des deux autres anévrysmes ainsi traités, l'un a récidivé, l'autre a amené la mort. Le malade qui a récidivé est celui auquel nous avons déjà fait allusion, que Nélaton guérissait 14 ans après par une injection de perchlorure de fer.

Celui qui est mort, a présenté une série d'hémorrhagies secondaires à la suite de la ligature de l'ischiatique, hémorrhagies que n'a pu arrêter la ligature de l'iliaque primitive.

La ligature pratiquée, immédiatement au-dessus du sac, discutable dans les anévrysmes des membres, nous paraît être une opération moins applicable encore aux anévrysmes fessiers. Elle peut être plus efficace dans les anévrysmes de l'ischiatique dont le tronc extra-pelvien est plus long. Mais, dès que la tumeur est volumineuse, l'anévrysme masque ou absorbe le tronc sus-jacent, de sorte que la ligature ne conviendrait qu'aux petits anévrysmes. Or dans ces cas-là, nous disposons de méthodes plus efficaces et plus sûres.

Incision ou ablation du sac. — Cette méthode ancienne est encore considérée par M. Delbet et M. Walther comme la méthode de choix. Son application présente plusieurs variantes.

Tantôt, comme dans la vraie méthode d'Antyllus, on lie l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme. Puis on ouvre le sac et on le débarrasse de ses caillots. Tantôt comme dans la méthode de Syme, on ouvre immédiate-

ment le sac quand il est impossible de trouver les deux bouts artériels : on lie ensuite le bout supérieur.

M. Delbet rapporte seize cas avec douze guérisons et quatre morts.

Les morts elles-mêmes ne sont pas toutes imputables à l'opérateur. Dans un cas le malade épuisé par des hémorrhagies répétées était *in extremis*.

Dans un autre cas, la mort est nettement imputable à la méthode. L'anévrysme était bilobé c'est-à-dire à la fois intra et extra-pelvien. Le malade mourut d'hémorrhagie.

L'opération elle-même ne va pas toujours sans incidents opératoires ou post-opératoires.

Dans le premier cas, celui de John Bell, le malade guérit ; mais il présenta une suppuration très longue avec nécrosé de l'os iliaque et du sacrum. L'anévrysme était extrêmement volumineux. Sans doute l'infection due à l'opérateur serait de nos jours évitée probablement. Il n'en est pas moins vrai, que le nettoyage de tout le champ opératoire est souvent incomplet, surtout quand il s'agit d'anévrysmes volumineux, presque toujours diffus. Il y a là un terrain préparé, prêt à exagérer les moindres infections.

En outre, il n'est pas toujours facile de trouver le bout artériel. Et dans deux cas, Tillaux et Nicaise furent obligés de laisser à demeure des pinces à forcipressure.

Ligature de l'iliaque primitive. — Elle a été faite 4 fois avec trois morts et un résultat inconnu.

Cette ligature ne saurait être considérée comme une méthode de traitement. Elle a du reste été employée d'une façon exceptionnelle.

Dans le cas de Pirogoff, il s'agissait d'une tumeur de nature douteuse on lia l'iliaque et on ouvrit la tumeur. Le malade mourut d'hémorrhagie.

Dans le cas de Dugas la ligature de l'ischiatique ayant été suivie d'hémorrhagie secondaire, on lia l'iliaque primitive mais 58 heures après le malade mourait.

Enfin dans le cas de Uhde on voulut lier l'hypogastrique, mais l'opérateur coupa l'artère, et fut obligé de lier l'iliaque primitive. Le malade mourut de péritonite le 5^e jour.

C'est et ce sera donc une ligature exceptionnellement employée. Les indications du reste se trouvent barrées, par la ligature de l'hypogastrique qui a une action plus directe sur le sac anévrysmal.

LIGATURE DE L'HYPOGASTRIQUE

Deux grandes voies se présentent au chirurgien qui veut lier l'artère hypogastrique. La voie sous-péritonéale et la voie transpéritonéale.

Examinons successivement ce que les deux voies peuvent donner.

Voie sous-péritonéale.

L'incision porte sur la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque.

Elle est tantôt parallèle à l'arcade crurale, comme dans le procédé Bogros, tantôt perpendiculaire à l'arcade, c'est-à-dire parallèle à la direction de l'artère épigastrique et en dehors d'elle comme dans le procédé de Stevens.

Farabeuf recommande et décrit le procédé de Marcellin Duval ; c'est le procédé que Cooper réservait à la ligature de l'iliaque externe et que Duval applique à celle de l'iliaque interne en le modifiant légèrement. Il suffit pour cela, après avoir conduit une incision d'abord parallèle à l'arcade, de la relever non pas vers l'ombilic, mais un peu en dehors de la direction de l'ombilic, et cela sur une longueur de 4 centimètres.

Lorsque les plans de la paroi ont été sectionnés, et qu'on est arrivé sur le péritoine, le temps vraiment délicat de l'opération commence.

Il s'agit de décoller le péritoine depuis les lèvres de l'incision, jusqu'au détroit supérieur du bassin, un peu en avant de l'articulation sacro-iliaque.

Le décollement est aisé quand le péritoine n'est pas altéré ; on relève ainsi en dedans, les vaisseaux génitaux, puis l'uretère, on a comme guide, l'artère iliaque externe, qu'il faut suivre jusqu'à sa bifurcation.

A mesure qu'on arrive près de l'articulation sacro-iliaque, l'opération devient difficile. L'opérateur a besoin de « longs doigts » suivant l'expression de Farabeuf, l'aide doit relever le péritoine et les viscères, soit avec les doigts, soit avec une large valve.

Décollement long, recherche et isolement de l'artère pratiqués à une grande profondeur, et à distance de la ligne d'incision, voilà les difficultés inhérentes à la méthode, mais dont triomphe un chirurgien adroit.

L'incision de Stevens, recommandée du reste par Malgaigne, coupe les fibres musculaires suivant une direction peu favorable à leur rapprochement au moment de la

suture. Mais elle offre l'avantage de conduire directement sur l'artère : de faciliter et d'abréger le temps du décollement péritonéal ; de dénuder et de charger le vaisseau dans la ligne même de l'incision cutanée. C'est ce procédé, sans aucun doute que nous adopterions, si nous options pour la voie sous-péritonéale.

Accidents dus à la ligature sous-péritonéale. — Le grand mérite de cette méthode, c'était de ne pas ouvrir le péritoine, et de prévenir ainsi la péritonite presque fatale avant l'époque antiseptique ; 2° de limiter par conséquent l'infection au tissu cellulaire iliaque.

Malheureusement, on ne prévenait pas toujours la péritonite ; les abcès pelviens eux-mêmes étaient quelquefois mortels.

C'est ainsi que Bigelow, Kimbal, Landi perdirent leur malade de péritonite.

Que, Atkinson, Altmuller, Coluzzi, Poncet eurent des hémorrhagies secondaires dûes à la suppuration, que cette suppuration enleva, sans déterminer toutefois l'hémorrhagie secondaire, le malade de Cianflone. Ajoutons à cette liste funèbre un cas de mort par délire traumatique survenu douze heures après l'opération chez le malade de Toracchi qui avait perdu un litre de sang.

Il faut remarquer cependant que la déchirure du péritoine n'amena it pas fatalement la péritonite, tel le cas de Valentine Mott ; et que la suppuration n'entravait pas toujours la guérison de l'anévrysme, à preuve les malades de White, (d'Hudson) et de Galozzi.

En somme 9 morts sur 16 opérés, c'est-à-dire une

mortalité de plus de 50 0/0, tel est le bilan de la ligature par voie sous-péritonéale.

Ligature transpéritonéale de l'artère hypogastrique.

Notre intention n'est pas de décrire ici la technique de cette ligature. Elle a été donnée par MM. Quénu et Duval dans un excellent travail paru dans la *Revue de chirurgie*, 10 nov. 1898.

Nous rappelons en quelques mots seulement les temps principaux de l'opération.

Incision médiane étendue du pubis à l'ombilic ou au-dessous de l'ombilic.

Le paquet intestinal est relevé vers le diaphragme, et avec d'autant plus de facilité que le malade a été placé sur le plan incliné de Trendelenburg. Repérer le promontoire. L'origine de l'hypogastrique se trouve à peu près à ce niveau ; cela dépend des variations individuelles ; elle est à 3 cent. $1/2$ de la ligne médiane.

« Faire au péritoine une incision de 4 centimètres,
« parallèle à la ligne des vaisseaux et dont le milieu cor-
« respond au promontoire : on décolle les lèvres à la sonde
« cannelée. La lèvre entraîne avec elle l'uretère, que
« l'on voit dénudé (1) ».

« Inciser la gaine suivant la technique générale, bien
« suivre la paroi du vaisseau pour éviter la veine-iliaque
« externe et lier à 2 centim. de l'origine. »

A gauche, tâter la longueur du méso-colon-pelvien. Si

1. Williams, a recliné l'uretère en dedans (Obs. XXVII).

le méso est long, on peut le récliner en haut ou en bas ; il ne gêne en général que fort peu. S'il est court, on est obligé de le traverser pour arriver à l'hypogastrique et de passer au travers des artères sigmoïdiennes.

Cette ligature est facile. Les opérateurs qui l'ont exécutée sont unanimes à le reconnaître. Dennis qui l'a faite des deux côtés en une seule séance, l'a terminée en une demi-heure.

Ajoutons enfin, que les dangers déterminés par la brusque interruption sanguine, dans ce vaste département artériel sont hypothétiques ; il n'y en a pas encore de signalés.

Cette méthode a le grand avantage de conduire immédiatement sur l'artère hypogastrique, et surtout de donner un jour très suffisant. Elle n'offre pas l'inconvénient, comme l'incision de Stevens, de couper bizarrement les plans musculaires de la paroi et de risquer de blesser l'épigastrique. Par la position de Trendelenburg elle expose spontanément le champ opératoire en rejetant les intestins vers le diaphragme. Toutes les facilités se trouvent donc réunies pour l'opérateur. Est-ce à dire que toutes les chances de guérison soient assurées pour le malade ? C'est ce que nous allons examiner.

Le grand désavantage de la méthode, ce qui même en constitue le principal danger pour certains chirurgiens, c'est l'ouverture du péritoine ; ce sont les chances de la péritonite.

Ce danger, possible sans doute, ne s'est jamais réalisé. Le Roy Mac Lean a perdu son malade d'hémorrhagie se-

conculaire. Dennis a perdu le sien d'anurie. Ce sont là les deux seules complications post-opératoires que nous trouvons signalées.

Valeur comparative des deux méthodes. — Pour bien apprécier la valeur comparative des deux méthodes, il faut les juger d'abord d'après leurs inconvénients, ensuite d'après leurs avantages respectifs.

La méthode sous-péritonéale a donné dix morts sur 17 opérations. La méthode transpéritonéale a donné deux morts sur douze opérations.

Ces chiffres, à notre avis, ne prouvent pas grand'chose.

La première opération transpéritonéale a été faite en 1872 par Le Roy Mac Lean, à une époque où l'on s'essayait à être propre. Or, les opérations par voie sous-péritonéale qui datent de la même époque sont au nombre de 4 seulement. Toutes les autres sont antérieures. Ce sont celles de Galozzi 1872, Kasinski 1881, Landi 1874, Poncet 1883.

Les deux dernières se terminèrent par la mort : ce qui donne une mortalité de 50 0/0 et ce qui suffirait à faire rejeter complètement cette ligature.

Nous croyons cependant que la mortalité est due plutôt aux opérateurs qu'à la méthode et en laissant de côté le cas un peu spécial de Poncet, il est probable que Landi opérant par voie transpéritonéale aurait eu une péritonite, au lieu d'avoir une simple infection localisée avec hémorrhagie secondaire.

Notre opinion est que, puisque la presque totalité des cas de morts est due à l'infection, les cas malheureux ne sauraient être attribués à une méthode plutôt qu'à une

autre et qu'on ne peut pas se baser sur ces données un peu brutales pour les apprécier. Notre opinion est que des opérateurs également propres, opérant par voie sous-péritonéale ou par voie transpéritonéale doivent éviter l'abcès pelvien dans le premier cas ; la péritonite dans le second ; l'hémorrhagie secondaire dans les deux cas. Mais nous pensons que la voie sous-péritonéale, avec ses décollements étendus ne garantit pas plus contre l'infection que la voie transpéritonéale ; et que, aujourd'hui, toutes les deux, offrent une sécurité égale. C'est ce que MM. Baudet et Kendirdjy ont bien compris lorsqu'ils appréciaient en bloc les avantages des deux méthodes sans les opposer l'une à l'autre, voici ce qu'ils écrivent :

« Depuis 1880, on a fait 11 fois la ligature de l'hypogastrique ; il y a eu 9 guérisons et deux morts. Les deux cas mortels appartiennent à Poncet et à Dennis.

« Le malade de Poncet mourut d'hémorrhagie secondaire, 57 jours après son opération ; il était sorti le 22^{me} jour se considérant guéri.

« Le malade de Dennis mourut d'anurie. Il était brigitique et sa néphrite avait été méconnue. Cela donne 11 ou 6 0/0 de mortalité suivant que l'on attribue à la méthode, les deux cas ou un seul de ces cas.

Si nous considérons au contraire les facilités opératoires, nous trouvons à la méthode transpéritonéale des avantages que la méthode sous-péritonéale ne peut offrir. Ces avantages portent sur la section des parties molles et sur la découverte de l'artère.

1^o *Section des parties molles.* — Au point de vue de la restauration ultérieure de la paroi abdominale, l'incision

de la ligne blanche est supérieure sans conteste à toutes les autres incisions, en exceptant peut-être l'incision sur le bord externe des droits, préconisée par Locke Chew. C'est là un point qui nous semble acquis et qu'il est inutile de discuter. De nos jours, dans la majorité des opérations abdominales, lorsque la laparotomie médiane conduit directement, sur le foyer morbide, elle est l'incision de choix.

2° *Découverte de l'artère.* — La découverte de l'artère comprend deux temps : a) la section des parties molles et l'écartement des organes qui recouvrent l'artère ; b) la dénudation et le passage des fils.

Dans la laparotomie médiane, la section des parties molles n'offre aucune difficulté. Il n'y a pas à éviter la blessure du péritoine puisqu'on l'ouvre de parti pris. De plus, il n'y a dans la traversée de la paroi aucun organe à ménager. Quand on est arrivé dans la cavité abdominale les intestins s'écartent facilement, grâce à la position renversée que l'on donne au malade. Quand on dénude l'artère trois sortes d'organes doivent être évités : l'uretère, les veines iliaques interne et externe ; 3° les vaisseaux sigmoïdes du côté gauche.

L'uretère se récline dès que l'on a incisé le péritoine pariétal qui recouvre les vaisseaux ; il s'écarte en bas, lorsqu'on abaisse la lèvre inférieure de l'incision péritonéale.

La présence des veines iliaques exige que l'on pratique la dénudation avec quelque prudence. Elles sont volumineuses, et ont des rapports étroits avec l'artère. Aussi, *c'est le cas où jamais de suivre avec l'œil le travail de*

la sonde cannelée, et de ne l'engager, pour pratiquer la dénudation, qu'après avoir ouvert la gaine artérielle.

La présence des vaisseaux sigmoïdes à gauche gêne parfois l'opérateur dans la recherche de l'artère hypogastrique, surtout lorsque le chirurgien est obligé de passer non pas en dedans mais au milieu d'eux.

Cela n'arrive pas du reste dans tous les cas. Cela arrive lorsque le méso-sigmoïde est court, et que l'anse sigmoïde est rattachée étroitement à la paroi pelvienne. Les vaisseaux émanés de la mésentérique qui abordent le méso au moment où il croise les deux iliaques interne, artère et veine, rampent sur la face antérieure de ces vaisseaux. Or, la brièveté du méso ne permet pas de les récliner. Il faut donc, dans ces cas là seulement, passer à travers les deux feuillets péritonéaux du méso-sigmoïde et à travers les branches sigmoïdiennes pour arriver jusqu'à l'artère hypogastrique.

En tout cas, c'est un obstacle inconstant; et un obstacle qu'un chirurgien tourne ou surmonte avec facilité.

Ces 3 obstacles à la ligature de l'artère hypogastrique : présence de l'uretère, des veines iliaques et des vaisseaux sigmoïdes ne sont pas particuliers à l'une ou l'autre méthode de ligature. On les retrouve dans les deux. Mais nous ne croyons pas trop nous avancer en disant qu'on les évite mieux dans la méthode transpéritonéale, parce qu'on les touche mieux du doigt et qu'on les voit mieux. Dans la méthode sous péritonéale, pour l'artère, il faut d'abord passer forcément au-dessous de lui, le soulever et le faire récliner en haut. Par la méthode transpéritonéale, il suffit d'abaisser la lèvre inférieure de

l'incision péritonéale sans s'occuper de lui ensuite spécialement.

Dans la méthode sous-péritonéale, il faut d'abord passer au-dessus de l'artère iliaque externe, et au-dessus du flanc interne de la veine ; continuer le décollement du péritoine qui tapisse le groupe collecteur antérieur de la veine hypogastrique, ce sont là autant d'organes dont on n'a pas à s'occuper par la voie transpéritonéale. Quant au tronc veineux lui-même, placé au dessous et en dedans de l'artère, on le libère plus aisément encore par la laparotomie médiane, et cela parce qu'on l'aborde de haut en bas, directement, au lieu que par la voie sous-péritonéale, il faut d'abord passer par-dessus, puis par derrière la grosse veine collectrice antérieure, puis par dessus et par derrière l'artère, pour la dégager finalement de la veine hypogastrique elle-même.

Quant aux vaisseaux sigmoïdes on les évitera bien mieux en passant à travers d'eux, en donnant des coups de sonde cannelée par en haut, qu'en les décollant par en dessous.

Enfin par la méthode transpéritonéale l'on n'a pas à s'occuper des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens qu'il faut décoller avec le péritoine par la méthode sous-péritonéale.

Tous ces obstacles à la ligature n'empêchent pas un opérateur adroit de lier l'artère par la voie sous-péritonéale. Mais comme le but du chirurgien consiste non pas à se créer des obstacles nouveaux, mais à se donner des facilités pour éviter ceux qui existent momentanément, nous croyons que pour toutes les raisons précédemment énu-

mérées, il faut préférer, dans la ligature de l'hypogastrique la laparotomie médiane, et la voie transpéritonéale.

D'autant que cette voie permet encore d'examiner le petit bassin ; de constater si l'anévrysme n'a pas de prolongement intra-pelvien. Elle permet aussi de juger de l'état des organes abdominaux. Enfin s'il existe un anévrysme double, la seule incision médiane permet d'agir en même temps sur les deux hypogastriques, comme cela est arrivé dans le cas de Dennis.

Toutes les considérations nous font préférer la laparotomie médiane.

Méthode de choix. — Des diverses méthodes thérapeutiques qui s'adressent à la cure des anévrysmes fessiers et que nous avons analysées dans notre thèse, il en est un certain nombre qui ont vécu.

Nous ne croyons en effet avoir que peu de chose à dire des méthodes de compression et de la galvano-puncture. Elles n'ont pas été suffisamment employées, pour que l'on soit fixé sur leurs résultats.

Les injections coagulantes en particulier ont donné quelques succès, ainsi que nous l'avons déjà vu. Mais l'abstention elle-même n'en a-t-elle pas donné également ? Par contre, elles ont causé la mort plusieurs fois. Cela suffit pour qu'on les rejette absolument. Ce sont des moyens thérapeutiques infidèles et dangereux.

La ligature de l'artère au-dessus du sac ne saurait être érigée en méthode de traitement digne d'être conservée. D'abord parce que au moment de l'opération, on ne sait pas d'avance si l'on trouvera l'artère. Si l'anévrysme

en effet est volumineux, il y a des chances pour ne pas la trouver. S'il est de moyen volume et qu'on aperçoive le bout artériel, et s'il est possible de placer une ligature, mieux vaut faire plus, c'est-à-dire enlever la poche, ou du moins l'inciser et la débarrasser de ses caillots.

Nous croyons donc que c'est une ligature qu'il faut rejeter parce qu'elle est le plus souvent impossible.

En second lieu, lorsqu'elle est possible, le résultat peut être nul (1). Enfin parce que dans ce second cas, l'on peut faire mieux.

Nous ne dirons qu'un mot de la ligature de l'Iliaque primitive. Elle a jusqu'ici mal fait ses preuves. Trois fois sur quatre elle a causé la mort, et dans le quatrième cas, elle a complètement échoué. Du reste, il ne nous viendra jamais à l'idée après avoir ouvert le ventre, de jeter un fil sur l'Iliaque commune, et d'interrompre sans nécessité le cours du sang dans l'Iliaque externe, alors que la ligature de l'hypogastrique peut suffire.

Nous croyons donc, que dans la thérapeutique des anévrysmes fessiers, on ne doit conserver que deux méthodes : 1^o celles qui sont dirigées contre le sac lui-même, extirpation ou incision ; 2^o la ligature de l'hypogastrique.

Ces deux méthodes ont fait leurs preuves.

La ligature de l'hypogastrique nous apparaît au premier abord comme une opération peu radicale. De ce que l'on interrompt le cours du sang dans un sac anévrysmal, il n'est pas toujours certain que ce sac s'oblitére définitivement et que l'anévrysme ne récidive pas.

1. Cas de Nélaton.

Il n'est pas certain non plus que ce malade soit guéri. On laisse en effet dans la fesse une tumeur pleine de caillots, c'est-à-dire d'une substance qui a peu de vitalité qui peut s'infecter secondairement, suppurar ou donner lieu à une hémorrhagie secondaire, comme il est arrivé dans le cas de Poncet.

Même après la guérison apparente de la tumeur, il faut encore faire des réserves.

L'opération idéale consistera donc à hémostasier toutes les artères qui naissent au-dessus ou au niveau de la poche anévrysmale ; de lier le bout supérieur de l'artère ; d'extirper la poche ou de l'ouvrir en la débarrassant de ses caillots, et de la réduire le plus possible à néant. Cela arrivera forcément dans la majorité des cas, puisque le sac est confondu avec les tissus qui l'entourent et qui ont pris part à sa formation.

Nous ferons remarquer en passant que la simple incision du sac est déjà une méthode de traitement moins radicale que l'ablation. Si l'on doit laisser des tissus ayant peu de vitalité, il n'est pas sûr que l'on mette pour toujours le malade à l'abri de l'infection. Si on en laisse beaucoup, il n'est pas démontré que l'on fasse une meilleure besogne, que si l'on se contentait d'arrêter le cours du sang dans la poche, sans toucher à cette poche, sans la dilacérer.

Dans les anévrysmes fessiers, c'est ce qui doit arriver le plus souvent. Ce sont des anévrysmes, comme nous l'avons maintes fois répété, d'origine traumatique, c'est-à-dire primitivement diffus. La poche anévrysmale n'est pas constituée aux dépens de la paroi artérielle dilatée mais

aux dépens des tissus voisins que ce sang a tassés. C'est une poche artificielle qui tient de partout aux muscles et aux aponévroses ; qui y tient d'autant mieux que ce sont ces muscles et ces aponévroses qui la constituent.

On ne doit donc pas songer dans ces cas là à pouvoir faire toujours une opération complète. Si la tumeur est petite cependant et que les ligatures aient hémostasié le sac, on pourra tant par la dissection que par le grattage enlever la totalité de la tumeur. Mais si cette tumeur a un certain volume, il faudra des délabrements étendus, des ligatures multipliées, pour mener à bien l'opération. Sera-t-on sûr du reste que cette opération soit complète ?

Aussi notre conclusion, c'est que dans les tumeurs qui dépassent le volume du poing, tout en reconnaissant que l'ablation ou l'incision du sac puissent donner des succès et soient l'opération idéale, nous ne préconisons pas ces opérations. Nous recommandons la ligature de l'Hypogastrique.

C'est une méthode facile, et innocente, si l'on s'astreint à être propre et prudent. Quoiqu'elle laisse dans la fesse un sac plein de caillots, elle a donné des guérisons définitives. Elle est rapide dans son exécution, quel que soit le volume de l'anévrysme. Seule enfin, jusqu'ici, elle convient aux anévrysmes bilobés à la fois extra et intra-pelviens.

CONCLUSIONS

Parmi les divers traitements qui ont été employés dans la cure des anévrysmes fessiers, deux seulement, méritent de rester dans la pratique. Ce sont: 1° l'ablation du sac anévrysmal, ou son incision avec évacuation des caillots; 2° La ligature de l'artère hypogastrique.

Les premières méthodes dirigées contre le sac, constituent sans conteste le traitement idéal. Mais en pratique elles trouveront rarement leur application. Facile dans les petits anévrysmes, leur exécution verra les difficultés augmenter et deviendra insurmontable dans les anévrysmes de plus en plus volumineux. Leur résultat sera nul dans les anévrysmes à la fois extra et intra-pelviens. Ajoutons enfin que l'incision simple du sac, sans extirpation, constitue, une méthode incomplète; elle n'offre pas, touchant l'infection, les garanties de sécurité que présente l'extirpation.

Aussi, quand il s'agira d'un anévrysme de moyen volume (comme une mandarine), devant l'incertitude qu'il y a de pouvoir tout enlever, nous nous croyons autorisé à rejeter l'ablation, et cela parce que l'on peut faire mieux, à moins de frais et plus vite par la ligature de l'hypogastrique.

La ligature de l'artère hypogastrique peut guérir tous

les anévrysmes fessiers ; quels que soient leur volume, leur siège, leur disposition anatomique.

Elle convient surtout aux anévrysmes volumineux, aux anévrysmes bilobés intra et extra pelviens, aux anévrysmes doubles, aux anévrysmes déjà rompus ; aux malades affaiblis par des pertes de sang répétées.

C'est dans ces cas énumérés au paragraphe précédent que cette ligature devient la méthode de choix.

Tableau des ligatures de l'artère hypogastrique pour anévrysmes fessiers.
A. — Ligatures sous-péritonéales.

N ^o d'ordre.	Nom de l'opérateur.	Date.	Siège de l'anévrysm.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédiat	Eloigné
1	Stevens de Sta Cruz. (Londres).	27 déc. 1812.	Anévr. de la fessière (à l'opération, An. de l'ischiatique) gauche. Femme.	Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique.	Pas d'accidents. Chute de la ligature à la 3 ^e semaine.	Guérison en 6 semaines.	Guérison. Mort, 10 ans après de tub. pulm. Autopsie.
2	Atkinson d'York.	12 mai 1817.	Gros anévr. traumatique de la fessière droite. Homme.	Idem.	Aucune difficulté. Suppuration de la plaie abdominale. Hé-morrhagies.	Mort le 19 ^e jour.	Autopsie. Cavité péritonéale pleine de caillots. Fils sortis avec les caillots.
3	White d'Hudson.	23 oct. 1827.	Anévr. de la fessière gauche. Homme.	An. pris pour un abcès. Ponction et issue de sang. Fermeture. Lig. sous-péritonéale de l'hypogastrique.	Suppuration. Chute de la ligature la 4 ^e semaine.	Mort le 42 ^e jour.	Guérison définitive.
4	Altmüller.	1833.	Anévr. circonscrit spontané de la fessière. Femme.	Ligature sous-péritonéale de l'hypogastrique.	La carie des os a rongé l'artère. Hé-morrhagie ? (Farabouf).	Mort le 21 jour.	

N ^o	Nom de l'opérateur.	Date.	Siège de l'anévrysme.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédiate.	Éloignée.
5	V. Mott.	29 dec. 1834.	Arèvr. de la fosse sièrre droite Homme nègre.	L'écclure et suture du pèritone.	Pas de suppur. Clu- to de la fig. le 4 ^e jour.	Guérison.	Guérison définitive. Peyoum un excel- lent cocher chez Mott.
6	Arendt de Saint-Peters- bourg.	Rapporté par S. Goo per. Cité par L. Höl- mes.	Anevrysme de la fosse.	Ligature sous-pé- riton. de l'hypog.	Succès. Pas d'autres indi- cations.		
7	Thomas des Barlades	Cité par Tim. Höl- mes.	Arèvr. de la fosse.	Idem	Autopsie. On voit sur la pièce conservée à Guy's Hosp., l'ar- tère liée.		
8	Cheyreandt.	Cité par Fischer.	Inconnu.	Idem.	Inconnu.		
9	Toracchi.	1844	Anev. des Art. foss. et Ischiat. droi- tes. Traumatique. Homme	Incision du sac. Hémor. Compression. Hémor. second. Pa- près-ndi.	Ligature second. sous-péritonéale de l'hypog. Recherche très difficile. On sentit une gros- se artère qu'on lia.	Mort 12 h. après avec déli- re.	Autopsie : stégé de l'artère. au point de naissance des 2 ar- tes.

N ^o d'ordre.	Nom de l'opérateur.	Date.	Siège de l'anévrysme.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédiat.	Éloigné.
10	Bigelow.	1849	Anévr. bilobé (intra et extra-pelvien) droit. (Piqure de l'art. fessière).	Lig. sous-péritonéale de l'hypog.	Péritonite. Mort en 8 jours.	Mort.	en 8 jours.
11	Kimbal.	1850	Anévr. circonscrit de la fessière gauche. Homme.	Ligat. sous-péritonéale de l'hypog.	Péritonite circonscrite. Hémorr. grave par un trou de l'hypog.	Mort.	en 18 jours.
12	Gianflone.	21 sept. 1851	Anévr. de l'ischiatique gauche. Femme.	Lig. sous-péritonéale de l'hypog. par le procédé de Stevens.	Abcès gangréneux du pelvis.	Anévrysme diminué des deux tiers.	Autopsie. L'ischiatique allait jusqu'au creux poplité où elle se divisait en : Tib. ant. Tib. post. et Pérone.
13	Coluzzi.	1855	Anévr. traum. de la fessière. Homme.	Idem	8 ^e jour hémorr. grave et Lig. de l'iliaque primitive.	Mort la	deuxième semaine.
14	Syme.	1861	Anévr. circonscrit de la fessière gauche. Homme.	Idem	Aucun accident.	Guérison.	
15	Morton.	1868	Anévr. de la fesse gauche. Homme.	Lig. sous-péritonéale de l'hypog.	Aucun accident.	Guérison et cicatrisation en 3 semaines.	

N ^o d'ordre.	Nom de l'opérateur.	Date	Siège de l'anévrysme.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédiat.	Eloigné.
16	Gallozzi.	1872.	Anévr. traum. de la fesse droite. Homme.	Idem. (40 minutes).	Pas d'hém. Chute de la lig. en 18 jours.	Diminution du volume de la tu- meur.	Transform. en ab- cès le 4 ^e jour. Guéri- son de l'abcès le 27 ^e jour. Guer. définitive.
17	Landi.	1874	Anévr. de la fes- sière. Homme.	Idem.	Péritonite.	Mort le	17 ^e jour.
18	Kasinski.	1881	Anévr. moyen de la fesse. Homme.	Idem.		(guérison.	Guérison.
19	Poncet.	1883	Anévr. diffus de la fesse gauche. Homme.	Idem.	Cessation des bat- tements immédiat. après l'opération.	Guérison.	Le malade se lève et sort le 22 ^e jour. puis surviennent des hémorrh. et de la sup- puration. Mort le 57 ^e jour. Autopsie : Pel- vis plein de sang et de pus.
20	Bardenheuer.	1889	Anévr. diffus de la fesse et de la cuisse. Homme.	Idem.	Grande facilité.	Effet instantané.	Guérison.
21	Bardenheuer.	1896	Anévr. spontané de la fesse droite. Homme.	Idem. Section entre 2 Jig.	Pas d'accidents.	Guérison.	Le malade sent une petite masse dure dans la fesse.
22	Bardeaux.	1887	Anévr. Fessier.	Idem.	Inconnues.		

B. — *Ligatures transpéritonéales.*

N ^o d'ordre.	Nom de l'opérateur.	Date.	Siège de l'anévrysme.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédiat.	Eloigné.
1	Le Roy Mac Lean	1872	Anévr. traum de la fessière dr. Femme	Lapar. sus-pub. Lig. transp. de l'hypog. Lapar. Lig. simult. transp. des 2 hypog. (1/2 heure) Intestins sortis du ventre, (Catgut).	Hémorr. second. dans le sac le 43 ^e jour.	Cess. des batt.	Mort par hémorr. répétée.
2	Dennis	18 fév. 1886	Anévr. fessier double. Homme		Albuminurie aigue et anurie.	Cess. des batt.	Mort le 4 ^e j. de né- phrite parenchym. (anurie).
3	L. Chew	15 juin 1886	Anévr. spont. de la fesse droite. Rendu diffus par palpation. Homme	Lapar. latérale. Lig de l'épig. Lig. transp. de l'hypog. (Intestins non sortis). (soie)	Réun. par 1 ^{re} in- tentation.	Anévr. dim. d'un 1/3 malade sorti guéri le 20 ^e jour.	
4	Dennis	8 septem. 1886	Anévr. fessier g. avec varice anévr. Homme	Lapar. med. Lig. transp. de l'hyp. (catgut)	Idem.		(guérison quelques jours après l'opé- ration.

N ^o d'ordre.	Nom de l'opérateur.	Date.	Siège de l'anévrysme.	Opération.	Suites opératoires.	RÉSULTAT	
						Immédial.	Eloigné.
5	Williams	3 septem. 1891	An. fess. g. Homme (Insuf. nitrale)	Lapar. med. Int. sortis. Urètre recliné en dedans. Fil de soie plate.	Réunion par 1 ^{re} in- tent ion le 11 ^e jour.	Dimin. progr. de la tum. qui le 27 ^e jour est dure et présent. à peine qq batt. Mort le 12 nov. par asystolie.	
6	Thomas Anandale	1893 1 ^{er} octobre	Bless. septique de la fesse. Hemorr. répétées.	Lapar. latér. Lig. de l'hypog. au catgut.	Aucune difficulté. Réunion par 1 ^{re} int.	Guérison	
7	Pitts	1891	AL. fesse dr. Homme	Lapar. med. Artère grosse et dilatée.	Réunion par 1 ^{re} int.	Guérison rapide et définitive	
8	Merrill	1897	An. de la fesse.	Lig. transp. de l'hy- pog.		Guérison	

OBSERVATIONS

A. — Ligatures sous-péritonéales.

OBSERVATION I (Résumée).

Anévrysme de l'artère ischiatique gauche. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (Stevens. Médico-chir. Transactions. Volume V, p. 422).

Il s'agit d'une négresse appelée Maïda, atteinte d'un anévrysme fessier gauche, de la grosseur d'une tête d'enfant.

Opération le 27 décembre 1812. Incision de la partie inféro-latérale de l'abdomen, parallèlement à l'artère épigastrique et en dehors d'elle. Décollement du péritoine et découverte de l'artère laquelle, saine et libre de toute adhérence, est liée à un demi-pouce de son origine. La tumeur disparut presque immédiatement après. Elimination du fil vers la troisième semaine guérison en six semaines.

La malade mourut *dix ans* après de tuberculose pulmonaire.

Stevens en fit alors l'autopsie et injecta le bassin qu'il envoya ensuite à Owen. L'anévrysme siégeait sur l'artère ischiatique : le diagnostic, au contraire avait été anévrysme de la fessière.

OBSERVATION II

Anévrysme traumatique de la fessière droite. Ligature de l'iliaque interne. Mort (Atkinson. *London Medical and physical journal*, Vol. XXXVIII, p. 267).

Opération faite le 12 mai 1817. Il n'y eut pas de difficultés opératoires. Mais la ligature fut retardée par suite de nombreuses hémorrhagies musculaires.

L'opéré se porta bien le premier jour ; puis son état s'aggrava et il mourut le dix-neuvième jour, affaibli par la suppuration et les hémorrhagies.

A l'autopsie, la cavité péritonéale est pleine de caillots. Le fil constricteur, qui s'était détaché, sortit avec les caillots. L'oblitération complète de l'artère commençait à un pouce et demi de son origine.

OBSERVATION III

Anévrysme de la fessière gauche. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (White. *American journal of méd. science* 1828).

Le nommé J... V... V..., âgé de 60 ans, portait dans la fesse gauche, dans le point correspondant à l'échancrure sciatique, une tumeur indolente du volume d'une tête d'enfant. On y sentait de la fluctuation, mais aucune pulsation.

Pensant à un abcès par congestion, on fit une ponction qui ne donna que du sang vermeil. Par un stylet introduit on reconnut un sac anévrysmal ayant 5 pouces de profondeur. Après un

écoulement d'une pinte de sang, on ferma l'ouverture avec un point de suture et un emplâtre agglutinalif.

Le 23 octobre 1827, on fit la ligature sous-péritonéale de l'iliaque interne. Suppuration abondante de la plaie pendant quatre semaines au bout desquelles le fil tomba.

Quarante-deux jours après l'opération, le malade était complètement guéri.

OBSERVATION IV

Anévrysme spontané de la fessière chez une femme. Ligature de l'iliaque interne. Mort le vingt-et-unième jour.

« La carie des os a rongé l'artère » (Farabeuf). (Altmüller, 1833, rapporte in: Fick's dissertatio... lig. art. iliaca interna. Cassel, 1836).

OBSERVATION V

Anévrysme de la Fessière droite. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (Valentine Mott. North Amer. Arch. of méd. surgical science. 1837).

Un nègre, âgé de 38 ans, s'aperçut en 1832 d'une tumeur pulsatile à la fesse droite. Son volume était celui d'un œuf d'oie et le contenu tout à fait liquide.

Ligature de l'iliaque interne le 29 décembre 1834.

L'opération dura quarante-cinq minutes, à cause de l'indocilité du malade qui occasionna même, dans un mouvement brusque, la déchirure du péritoine. L'uretère ayant été recliné latéralement, l'artère put facilement être isolée avec les doigts et liée.

Au moment de la ligature, la main, placée sur la tumeur sentit les battements disparaître.

L'état du malade est bon.

Les fils de la plaie sont ôtés le 9 janvier 1835 et la ligature tombe le quarante-deuxième jour.

Seize mois après, le malade était parfaitement rétabli et employé comme cocher chez Mott lui-même.

OBSERVATION VI

Anévrysme fessier. Ligature de l'Iliaque interne. Guérison.
(Arendt. in *S. Coopers surgical Dictionary*. Londres 1838).

Tim. Holmes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1876 et 1877) cite ce cas en disant : « C'est ce fameux cas dans lequel un chirurgien militaire russe que M. Morris, de Philadelphie m'a dit devoir être le célèbre Arendt qui reçut une pension de l'empereur Alexandre pour l'avoir opéré avec succès ».

C'est à ce cas que fait probablement allusion V. Mott dans sa lettre à la *Gazette méd.* de Paris (1837, p. 550) où il dit : « Il y a quelques années, on a avancé, mais sans détails, que l'A. hypogastrique avait aussi été liée, à St-Pétersbourg ».

OBSERVATION VII

Anévrysme fessier. Ligature de l'Iliaque interne. Mort. (Thomas des Barbades. In *S. Cooper's Surg. Dictionary* et Tim. Holmes. *Gaz. des Hôpitaux*, 1876-1877.)

Ce dernier auteur le cite d'après le mémoire statistique de Fischer (1869).

La préparation qui montre l'iliaque interne liée est au Musée de Guy's Hospital, n° 1504.60.

OBSERVATION VIII

C'est l'observation d'Everent.

Ce cas est simplement cité par Fischer : *Die Wunden und Aneur. der Art. Glut. und Isch. in Arch. von Langenbeck*, 1860. Aucun détail n'est donné.

OBSERVATION IX

Anévrysme des artères fessière et ischiatique droites. Ligature de l'iliaque interne. Mort. (Toracchi, in Landi. *Lo sperimentale di Firenze*, 1875.)

Un homme âgé de 36 ans présente dans la fesse droite une tumeur fluctuante, ne présentant ni battements, ni souffle.

Le 6 juillet 1844. — Cette tumeur, prise pour un abcès, est incisée : il s'en échappe aussitôt un flot énorme de sang. Les douleurs dont se plaignait le malade disparaissent, mais il survient en même temps une syncope. La plaie est tamponnée et l'on exerce sur la tumeur une compression énergique.

Quatre heures après, à une heure et demi de l'après-midi, survient une nouvelle hémorrhagie. Ne pouvant l'arrêter, Toracchi décide de lier l'artère iliaque interne.

On incise, suivant une ligne curviligne, la paroi abdominale. Le péritoine est décollé. La recherche de l'hypogastrique est difficile : après de nombreuses recherches, on lie une grosse artère qui se trouvait au fond de la plaie : c'était bien l'hypo-

gastrique puisqu'immédiatement après la ligature, toute hémorragie a cessé.

Le malade se trouvait dans un état de prostration complète, ses forces décroissaient, à 8 heures du soir il avait du subdélire et 12 heures après l'opération, il mourait.

Autopsie. — L'artère hypogastrique ne se bifurquait pas, mais s'en allait tout droit à l'échancrure sciatique en diminuant de volume. Elle avait été liée à deux lignes au-dessous de l'émergence des artères vésicales hémorrhoidales, et à quatre lignes au-dessus de sa division en fessière et ischiatique.

La blessure qui avait été le point de départ de l'anévrysme siégeait au point même de bifurcation de ces artères.

OBSERVATION X

Anévrysme bilobé extra et intra-pelvien. Ligature de l'iliaque interne. Mort (Bigelow. Amer. Jour. of. méd. Sc. 1849).

Il s'agit d'une femme irlandaise, blessée par son mari dans la fesse droite le 2 juillet 1848. La plaie avait saigné puis grâce à la compression l'hémorragie s'était arrêtée.

Trois ou quatre semaines après, apparaissait une petite tumeur au niveau de la cicatrice.

A son entrée à l'hôpital en septembre, on constatait au-dessus de la tubérosité de l'ischion, une tumeur ayant le volume d'une tomate, animée de souffle et de battements.

Elle se continuait dans le bassin où elle était décelée par le toucher rectal et vaginal.

Tout le membre inférieur droit était parésié, douloureux, et présentait des bulles analogues à celles du pemphigus.

Opération le 30 septembre 1848. — Incision au-dessus de l'arcade de Pupart, et parallèle à elle. Le péritoine est décollé et l'artère mise à nu puis liée. Aussitôt tout phénomène d'anévrysme disparaît.

Le deuxième jour apparurent les symptômes de péritonite et le huitième jour, la malade mourait.

Autopsie. — L'iliaque interne est oblitérée par un caillot s'étendant depuis la bifurcation de l'iliaque commune jusqu'à la ligature.

La blessure avait intéressé l'artère fessière juste au niveau de son émergence du pelvis.

L'anévrysme était composé de deux poches comprenant le grand nerf sciatique.

OBSERVATION XI

Anévrysme fessier gauche. Ligature de l'iliaque interne. Mort.
(Kimbal. Amer. Jour. of Med. Sc. 1850).

Le nommé W... W., mécanicien, âgé de 35 ans, entre à l'hôpital de 15 novembre 1849.

En 1843, il s'est aperçu d'une petite tumeur dans la fesse, dure, animée de battements, mais n'occasionnant pas de douleurs.

La tumeur resta stationnaire jusqu'en 1848, où elle augmenta de volume, et se mit à le gêner dans la position assise.

En juillet 1849, elle était du volume d'un œuf d'oie et siégeait sur l'échancrure ischiatique.

Lés douleurs étant devenues intolérables et empêchant tout travail, le malade se décide à se laisser opérer.

Opération le 19 novembre 1850. — Après chloroformisation : incision curviligne d'abord parallèle à l'arcade de Fallope, puis verticale. Après incision des muscles, le péritoine fut récliné à l'angle inférieur de la plaie et découvrit l'iliaque externe.

Puis ce fut le tour de l'iliaque interne qui fut isolée et liée à près de 25 millimètres de son origine.

Aussitôt après, la tumeur avait diminué de volume et les battements avaient totalement disparu.

Le lendemain pouls à 108 et soif violente. Deux jours après, pouls à 106 : le ventre est légèrement ballonné et douloureux ; hoquets. Le troisième jour, constipation opiniâtre et purgation avec du calomel.

Le quatrième jour, l'état du malade s'améliore.

Le 4 décembre. — Hémorrhagie secondaire considérable qui s'arrête spontanément après une perte de près de 20 onces de sang.

Le 6. — Nouvelle hémorrhagie suivie dans la nuit même d'une troisième hémorrhagie qui emporta le malade.

Autopsie. — Au fond de la place, du pus mêlé à du sang. L'artère était perforée au niveau même de la ligature.

La tumeur fessière a complètement disparu.

OBSERVATION XII

**Anévrysme de l'ischiatique gauche. Ligature de l'iliaque interne.
Mort (Cianflone, in Landi, loc. cit.).**

Il s'agit d'une femme de 40 ans, présentant dans la fesse gauche une tumeur ayant tous les caractères de l'anévrysme.

Opération le 29 septembre 1851 par le procédé de Stevens.
Mort le dix-septième jour, par abcès gangréneux du pelvis.

L'autopsie montre l'iliaque interne liée à 6 ou 7 lignes de son origine. L'anévrysme était diminuée de plus des deux tiers. L'artère ischiatique grosse comme une crurale, descendait jusqu'au creux poplité où elle se divisait en tibiale postérieure, tibiale antérieure et péronière.

OBSERVATION XIII

Anévrysme traumatique de la fessière. Ligature de l'iliaque interne. Mort (Coluzzi, in Landi, loco citato).

Il s'agit d'un homme présentant un anévrysme de la fessière, développé à la suite d'une blessure de cette artère.

Opération en 1855 ou 1856. — Le malade allait bien lorsque le huitième jour, survint une hémorrhagie secondaire pour laquelle on dut lier l'iliaque primitive.

Mort la deuxième semaine.

OBSERVATION XIV

Anévrysme de la fessière gauche. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (Syme. The Lancet, 1861).

Il s'agit d'un jeune homme jouissant par ailleurs d'une très bonne santé.

L'anévrysme a débuté spontanément ; il présente un volume moyen, est animé de battements et paraît siéger sur l'artère fessière, à son émergence du bassin.

Opération le 29 mai 1861. — L'opération a été difficile, à cause de la profondeur de l'artère laquelle était entourée d'une forte gaine, rendant sa dénudation pénible.

Cessation immédiate des battements, diminution de la tumeur de 2 tiers. Guérison.

OBSERVATION X V

Anévrysme fessier gauche. Ligature de l'iliaque interne. Guérison
(Morton. Pennsylv. Hosp. Report., 1868. T. I, p. 209).

J..., Milès, manoeuvre, âgé de 24 ans. A été soldat en 1861. S'est fracturé la clavicule en 1866. Au mois de mai 1867, il a senti sa jambe gauche devenir rhumatisante.

Quelque temps après, le 17 juillet, il a fait une chute sur la hanche gauche, qui a été suivie de douleurs le long des nerfs sciatique et obturateur.

Le malade porte à la fesse gauche une tumeur volumineuse. Qui, dans le battement et le souffle, ferait croire à un abcès profond. Le 28 septembre on porte le diagnostic : anévrysme, mais on ne peut établir d'une façon certaine l'artère malade.

Opération le 16 octobre 1867. — Ligature de l'iliaque interne. Sept semaines après, la plaie est cicatrisée et le 14 décembre la guérison est presque complète.

OBSERVATION X V I

Anévrysme fessier droit. Ligature de l'iliaque interne. Guérison.
(Gallozzi. Th. de Naples, 1872).

Un jeune homme de 16 ans, reçoit dans la fesse droite un coup de couteau dirigé de haut en bas. Il en était résulté un énorme anévrysme diffus qui s'étendait depuis la crête iliaque

jusqu'à la gouttière ischiatique, présentant ainsi une hauteur de 32 centimètres sur une largeur de 35.

La cicatrice se trouvait à sa partie supérieure.

Elle était animée de battements et de mouvements d'expansion. On entendait nettement un scuffle avec trémissement. La compression de l'aorte faisait cesser ces phénomènes. Le membre inférieur droit était le siège de crampes douloureuses.

Opération le 3 avril 1872. — Incision curviligne (Anderson) de la peau. Le péritoine est décollé et récliné, puis l'artère iliaque interne est mise à nu et liée.

L'opération dure 40 minutes. La plaie est fermée dans ses deux tiers supérieurs.

Dans les jours qui suivent, le volume de la tumeur diminue. Le 18^e jour, la ligature tombe, mais le 40^e jour, ce qui reste de l'anévrysme se transforme en une vaste collection purulente. L'état du malade devint grave, mais grâce à une médication bien dirigée, il ne tarda pas à s'améliorer. Le malade sortit de l'hôpital le 27 juin.

OBSERVATION XVII

Anévrysme fessier. Ligature de l'iliaque interne. Mort (Landi loco cit.)

Un homme de 24 ans, avait le 14 décembre 1873, reçu dans la fesse un coup de couteau qui avait donné lieu à un hémorrhagie ayant duré deux heures. Quelques jours après, la place s'enflammait et donnait lieu à des hémorrhagies qui, par leur abondance, avaient anémié le malade lequel avait en outre à faire les frais d'une suppuration longue qui l'épuisait.

On l'amène à l'hôpital dix jours après l'accident, le 24 décembre.

A l'examen, on trouve la région fessière rouge, douloureuse, empâtée, presque fluctuante. Température élevée et pouls très rapide.

Au niveau de la fesse ni battements, ni expansion ni souffle.

La plaie était oblique d'arrière en avant et de bas en haut et avait une profondeur de huit centimètres. La suppuration était très abondante.

Le 4 janvier 1874, nouvel accès de fièvre et nouvelle hémorrhagie.

Opération le 5 janvier. Au moment de la ligature, une assez grosse veine se déchire qui donne lieu à une hémorrhagie plus ennuyeuse que grave.

Pendant les deux premiers jours, les suites opératoires paraissent assez bonnes.

Le 7 janvier. — Le ventre est tendu, douloureux et le soir le malade a de la fièvre et du subdélire.

A l'autopsie, on trouve l'artère thrombosée au dessus et au-dessous de la ligature.

OBSERVATION XVIII

Anévrysme de la fesse. Chez un homme. Ligature de l'iliaque interne. Guérison définitive (Kasinsky. Vrach., 1881, n° 47, cité par Pierre Delbet, et Med. Record, 1881. T. XIX, p. 235).

OBSERVATION XIX

Anévrysme diffus de la fesse gauche. Ligature de l'iliaque interne.
Mort. (Poncet. Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 1883 (1) et J. Rochard. Bull. de l'Acad. de Médecine. Janvier 1888).

Le malade est un jeune homme de 19 ans qui, depuis de nombreuses années, éprouvait des manifestations douloureuses du côté de la fesse gauche. La fesse était très volumineuse, déviée, en son centre s'élevait une petite tumeur du volume d'une orange. Les battements étaient perçus sur toute l'étendue de la région, mais sans rien avoir de particulier au niveau de la petite tumeur. Souffle systolique sur toute l'étendue de la tuméfaction, souffle continu et frémissement au centre, dans l'étendue de la main. Le toucher rectal ne montrait rien de spécial, la compression de l'iliaque externe ne modifiait en rien les phénomènes. La durée de la maladie, l'âge du sujet, l'intégrité de l'état général militaient en faveur de l'anévrysme contre une dégénérescence. Le double bruit permettait de penser à un anévrysme artérioso-veineux, siégeant sur la fessière ou l'ischiatique.

La diffusion de l'anévrysme devait faire rejeter l'électropuncture, les injections d'une part, et de l'autre la ligature des artères intéressées.

Opération. — Incision de Marcellin Duval. Il n'y a eu aucune ligature de la paroi à faire. Le volume de la veine iliaque et le peu d'épaisseur de ses parois ne laissent pas que de faire craindre une facile déchirure et une hémorrhagie terrible. La dénudation se fait un peu à l'aveugle et est assez laborieuse.

1. Communication faite 48 heures après l'opération.

Ligature avec un fil de soie très solide, très fin et soigneusement rendu antiseptique.

Pansement à l'iodoforme, drain allant de la profondeur de la fosse iliaque dans l'angle inférieur de la plaie. Réunion.

Les battements cessèrent dans la tumeur aussitôt après la ligature.

Le lendemain, aucun symptôme de péritonite. T. 40°.

Les battements étaient revenus dans la tumeur ramollie.

Aujourd'hui (48 heures après) quelques battements, bruit de souffle simple. Quelques douleurs dans la tumeur. T. 39° (1).

Le vingt-deuxième jour, la guérison était presque certaine et il ne restait qu'une petite fistule, mais le malade commit des imprudences : il voulut même sortir de l'hôpital. La tumeur ne tarda pas à revenir, la suppuration devint abondante, les hémorrhagies reparurent, si bien que le malade succomba le cinquante-septième jour de l'opération.

A l'autopsie, le petit bassin est rempli de pus et de caillots.

L'anévrysme s'était affaissé.

OBSERVATION XX

Anévrysme fessier. Ligature de l'iliaque interne. Résultat inconnu. (Bardeaux. Osservatore di Torino, 1887).

1. La suite de l'observation se trouve dans la rapport de J. Rochard à l'académie.

OBSERVATION XXI

Anévrysme traumatique diffus. Ligature de l'iliaque interne. Guérison. (Bardenheuer. Cité par Plücker. In Deut. med. Wochenschrift, novembre 1897).

Il s'agit d'un jeune garçon de douze ans, présentant un anévrysme traumatique diffus occupant la région fessière et toute la face postérieure de la cuisse jusqu'au genou. Battements et souffle à l'auscultation.

Opération en 1889. — Bardenheuer, par une incision iliaque allée à une incision symphysienne, lia l'iliaque interne. L'opération fut facile et l'effet instantané.

Neuf ans après l'opération, la guérison se maintenait.

OBSERVATION XXII

Anévrysme fessier droit. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (Bardenheuer idem).

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, opéré de pérityphlite au commencement de 1896.

Au mois d'octobre de la même année, le malade s'aperçut, au niveau de sa fesse droite, d'un gonflement qui était douloureux et qui augmenta progressivement. La tumeur fut prise pour un abcès, en relation directe avec la pérityphlite dont le malade venait d'être opéré, d'autant plus qu'on n'y sentait aucune pulsation.

Bardenheuer voulut l'inciser. Après avoir sectionné les téguments et le muscle grand fessier jusques et y compris son apo-

névrose profonde, il découvrit une tumeur bleuâtre, grosse comme le poing, pulsatile, et qui se continuait dans l'échancre sciatique.

On mit le malade dans la position de Trendelenburg et l'on incisa dans la cicatrice même de la pérityphlite, sans qu'on y joignît une incision symphysienne.

L'artère hypogastrique fut sectionnée entre deux ligatures.

Suture des plaies abdominale et fessière. Aucune réaction.

La guérison obtenue, le malade sentait encore dans la fesse une masse dure, vestige probable de l'anévrysme organisé.

B. — Ligatures transpéritonéales.

OBSERVATION XXIII

Anévrysme traumatique de la fesse droite. Ligature de l'iliaque interne. Mort. (Le Roy Mac Lean of Troy, de New-York, in Morton : Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1898. T. t. p. 116 (1).

Une femme âgée de 50 ans, reçoit dans la fesse droite un coup de couteau. Il s'ensuit une hémorrhagie abondante.

La plaie est suturée et la région conformée, ce qui arrête le sang.

Quinze jours après, apparaît à l'endroit même, une tumeur ayant tous les caractères de l'anévrysme : battements synchrones à la systole cardiaque, expansion, souffle. L'anévrysme devait siéger sur l'artère fessière ou ischiatique.

Opération (1872). — Laparotomie médiane : incision sus-pu-

1. L'observation a été communiquée à Morton par Herrick.

bienne courte. Les anses intestinales ayant été réclinées en haut, le chirurgien fend le péritoine qui recouvre l'iliaque interne, isole celle-ci et passe autour d'elle un fil de soie.

Le ventre est fermé et la plaie pansée. Réunion par première intention : il n'y a eu ni péritonite, ni la moindre élévation de température.

Treize jours après l'opération, la plaie fessière se rouvrit. Il en résulta une nouvelle hémorrhagie. Malgré tout ce qu'on put faire, ce phénomène se répéta et finit par emporter la malade.

Autopsie. — L'autopsie montra que le coup de couteau avait intéressé l'artère fessière au niveau de son émergence du bassin. Il s'était formé un sac anévrysmal.

OBSERVATION XXIV

Anévrysme fessier double. Ligature des deux iliaques internes
Mort (Fred. Dennis. Medical News. Novembre 1886).

Le nommé M... C..., âgé de 60 ans, ressentait depuis trois ans des douleurs le long de son sciatique droit. Il y a dix-huit mois, il s'était aperçu dans la fesse droite d'une tumeur qui augmenta progressivement de volume.

A l'entrée du malade à l'hôpital. On trouve, effectivement une grosse tumeur ayant les caractères d'un anévrysme : pulsations, souffle, etc.

Dans la fesse gauche, une tumeur analogue mais plus petite.

Opération le 18 février 1886. — Laparotomie médiane : incision allant depuis l'ombilic jusqu'au pubis.

Le paquet intestinal est maintenu relevé au moyen de compreses propres.

Le péritoine est fendu au-devant de l'iliaque interne du côté droit : l'artère isolée et liée avec du catgut.

La même opération est pratiquée du côté gauche.

La durée de l'intervention a été de 30 minutes.

Les suites opératoires paraissaient bonnes lorsque le malade mourut le quatrième jour par albuminurie et anémie aiguë.

Autopsie. — Légère suppuration de l'une des ligatures. Pas de péritonite. Néphrite parenchymateuse des deux reins.

OBSERVATION XXV

Anévrysme fessier droit. Ligature de l'iliaque interne. Guérison
(Locke Chew. *New-York, med. Journal*, nov. 1887).

Un nègre âgé de 46 ans, ressentit il y a sept mois des douleurs violentes dans la fesse droite, en montant un escalier. Il y a deux mois et demi, il s'aperçut d'une tumeur qui, disait-il, « battait comme un cœur ».

Le diagnostic d'anévrysme s'imposait. La lésion, d'abord spontanée et bien délimitée, devint bientôt diffuse; par suite des nombreuses manipulations qu'elle avait subies.

Opération le 15 juin 1886. — Laparotomie par une incision latérale et curviligne. Ligature de l'épigastrique.

Le péritoine est fendu au devant de l'artère, celle-ci isolée de sa gaine et liée avec un gros fil de soie.

Le pansement est défait le sixième jour : réunion parfaite de la plaie excepté en un petit point.

Les fils de suture sont enlevés le neuvième jour. Le dixième jour, selle spontanée.

Le vingtième jour, l'anévrysme avait diminué de plus d'un tiers.

Guérison.

OBSERVATION XXVI

Anévrysme fessier avec varice anévrysmale. Ligature de l'iliaque interne. Guérison (Fréd. Dennis. Med. News. II, 1886).

Le nommé M. F., âgé de 48 ans, se plaint de douleurs dans la fesse gauche.

La palpation et l'auscultation, montrent un anévrysme artério-veineux.

Opération le 8 septembre 1886. — Laparotomie médiane : incision allant de l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt du pubis.

Les anses intestinales sont sorties et protégées avec des compresses.

L'iliaque interne est isolée et liée avec du catgut.

Le lendemain légère albuminurie (0 gr. 45) qui disparaît rapidement. Guérison.

OBSERVATION XXVII

Anévrysme fessier gauche. Ligature de l'iliaque interne. Mort. (Williams. New-York. Med. J. 1892. T. II, 211).

Le nommé T. L. W., âgé de 35 ans, en soulevant un jour un lourd fardeau, ressentit une douleur brusque et violente dans la hanche gauche.

Quelques jours après apparaissait au même endroit une tumeur pulsatile.

Il entre à l'hôpital en août 1891. Williams lui trouve un gros

anévrisme de l'artère fessière gauche. Au-dessous de l'échancre sciatique.

Opération le 3 septembre 1891. — Laparotomie médiane. Les intestins sont sortis et enveloppés de compresses chaudes et antiseptiques.

Le péritoine qui recouvre l'iliaque interne est soulevé et incisé entre deux pinces. L'uretère est récliné en dedans. Un gros fil de soie fut passé au moyen d'une aiguille à anévrysme et étreignit le vaisseau.

La paroi abdominale fut suturée avec des fils d'argent.

Le onzième jour, la plaie s'était réunie par première intention.

Après l'opération, il ne restait plus dans la tumeur que des battements très faibles, dus sans doute au rétablissement de la circulation collatérale.

Une semaine après, la tumeur était plus dure et les pulsations moins perceptibles.

Le 1^{er} octobre. — La tumeur était fort petite et très dure ; on la sentait à peine battre.

Malheureusement le malade était porteur d'une insuffisance mitrale qui, vers le 15 octobre, s'aggrava. Il eut de la dyspnée, de l'œdème des extrémités, des hydropysies et le 12 novembre, il mourait d'œdème pulmonaire.

Jusqu'au dernier moment, on avait pu sentir battre la tumeur.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XXVIII

ANÉVRISME diffus de la fesse gauche. Ligature de l'iliaque interne. Guérison. (Thomas Anandale. Edin. Hosp. Reports, 1894.)

Un homme reçoit dans la fesse gauche un coup de couteau

qui lui blesse l'artère fessière. La plaie s'enflamme et donne lieu à des hémorrhagies répétées.

Opération le 1^{er} octobre 1893. — Laparotomie latérale. Ligature de l'hypogastrique avec un fil de catgut. Aucune difficulté. Guérison.

OBSERVATION XXIX

Tumeur pulsatile de la fesse droite. Ligature de l'iliaque interne.
Guérison (Pitts. The Lancet. 1894. T. I).

Opération le 3 février 1894. — L'artère hypogastrique est liée par la voie transpéritonéale. L'opération a été difficile, car le vaisseau était gros et dilaté. Les battements disparurent aussitôt.

Le 10 février. — Le malade allait très bien.

OBSERVATION XXX

Anévrysme fessier. Ligature transpéritonéale de l'iliaque interne.
Guérison (Merrill., 1897. Iowa Med. J., Des Moines) (1).

1. Il nous a été impossible de nous procurer ce journal.

Vu par le Président de thèse.

GUYON

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

BOUISSON. — Mémoire sur les lés. des artères fess. et isch. et sur les opérations qui leur conviennent. Gazette méd. de Paris, 1845, N^{os} 11, 12 et 13.

LANDI. — Lo Sperimentale di Firenze, 1875. T. XXXV, p. 12 et 121.

STEVENS. — Medico-chir. Trans. Vol. 5, p. 422.

ATKINSON. — London med. and. Phys. J. vol. 38.

WHITE. — Amer. J. of. med. science, 1828.

V. MOTT. — North amer. Arch. of. médico-surg. science, 1837.

TORACCHI. — In Landi (loco citato).

CIANFLONE. — In de Renzi et Ciccone, Patol. chir. vol. I, p. 446.

CÓLUZZI. — In Landi (loco cit.).

GALLOZZI. — Considér. sur un cas de guérison après lig. de l'iliaque interne. Naples et Landi (loc. cit.).

SCARPA. — Œuvres.

ALTMULLER. — Fick's dissent... lig. arteria iliaca interna. Cassel. 1836.

FARABEUF. — Lict. encyclop. des Sc. Méd. A. Fessière, 1877.

BIGELOW. — Amer, J. of. Med. de 1849.

KIMBAL. — Amer. J. Juillet, 1850.

- SYME. — The Lancet, 1861.
Observ. in Clin. surg. 2^e éd. 1862.
- MORTON. — Pennsylv. Hosp. Rep. 1868. I p. 209.
- PONCET. — Soc. des Sc méd. de Lyon, 1883, p. 70.
- J. ROCHARD. — Bull. de l'Acad. de médecine. (Rapport). Janvier 1888, p. 14.
- DORVEAUX. — Thèse de Nancy, 1880.
- TIM. HOLMES. — Leçons sur le traitement des Anévr. traduites par Caussidou. Gaz. des Hôp. 1876 et 1877.
- FISCHER. — Die Wunden und Anévrismen der Art. Glutea und Isch. in Archiv. für Klin. Chir. von Langenbeck, 1869.
- LAUGIER. — Dict. de Jaccoud. Art. Fesse, 1871.
- PIERRE DELBET. — Traitem. des Anévr. externes. Paris, 1889.
Traité de Chir. de Le Dentu-Delbet. T. IV.
- MONTAZ. — Congrès français de Chir. 1891.
- WALTHER. — Traité de Chir. Duplay-Reclus. T. VII. p. 448.
- LOCKE CHEW. — New-York Méd. J. Nov. 1887.
- FRED. DENNIS. — Medical News. nov. 1886.
- KASINSKY. — Vratsh. n° 47.
— Med. Record. 1881, p. 235. T. XIX.
- WILLIAMS. — New-York méd. J. avril 1892.
- PLUCKER. — Deut. méd. Wochenschr. nov. 1897.
- TH. MORTON. — Journ. of Amer. méd. Assoc. Chicago. 1898, I.
- TH. ANANDALE. — Edimb. Hosp. Reports. 1894.
- MERRILL. — Iowa méd. J. Des Moines. 1897.
- SAMUEL COOPER. — Dict. of Surgery. Londres 1838.
- BIER. — Wiener klin. Woch. 1893.
- WILLY MEYER. — Annals of surgery, avril, 1894. et juin 1896.
- KELLY. — John Hopkins hosp. Bull. 1894. I.
- W. R. PRYOR. — Amer. J. of Obstet. 97 T. XXXV.

- GIORDANO. — Clinica chirurgica di Milano 1896, n° 10.
- QUÉNU. — Bull. de la Soc. de Chir. 2 nov. 1898.
- TROTIN. — Thèse de Paris, 1898-99.
- JOHN BELL. — Principles of Surgery. 1826. T. I.
- NÉLATON. — Gaz. des Hôpitaux. 1862. p. 141. Tr. de pathologie 2° éd. 1861. T. I.
- GUTHRIE. — London méd. Gazette, 1834. XIV.
- WUTZER. — In O. Weber's Chirurg. Erfahrungen. Berlin, 1859.
- SAPPEY. — Gaz. des Hôp. 1850 et 1864.
- BLASIUS. — Eigenthüm. Schmerz bei Anevr. der Art. Glutea. Deutsche Klinik. 1859.
- BAUM. — Dissert. inaugurale. Berlin 1859.
- PIROGOFF. — Klin. Chirurgie. 1859. T. I.
- DUGAS. — Amer. Journal. 1860. T. XIX.
- UHDE. — Deutsche Klinik. 1853.
- MARCELLIN DUVAL. — Traité de l'hémostase et des Lig. des artères. Paris, 1856.
- QUÉNU et DUVAL. — Revue de Chirurgie. novembre 1898.
- BAUDET et KENDIRDJY. — Lig. de l'Artère Hypog. de son applic. therap, en particulier dans les Anév, fessiers. Gazette des Hôp. 1^{er} Avril 1899 (Revue Générale).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.	5
Etiologie	10
Anatomie pathologique	13
Symptômes	16
Diagnostic	19
Traitement	22
Ligatures de l'hypogastrique	28
Conclusions	42
Tableau des ligatures.	44
A. — Ligatures sous-péritonéales	44
B. — — — transpéritonéales	48
Observations.	50
1° Ligatures sous-péritonéales	50
2° — — — transpéritonéales.	65
Bibliographie.	71

